

病名	41 腸管神経節細胞減少症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]			易疲労性: [なし ・ あり]				
	消化器	下痢: [なし ・ あり]		便秘: [なし ・ あり]					
		胃・腸痙: [なし ・ あり]		部位: [胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]					
		腹痛: [なし ・ あり]		詳細: ()					
	腹部膨満: [なし ・ あり]		詳細: ()						
その他	症状 (その他): ()								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]			易疲労性: [なし ・ あり]				
	消化器	下痢: [なし ・ あり]		便秘: [なし ・ あり]					
		胃・腸痙: [なし ・ あり]		部位: [胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]					
		腹痛: [なし ・ あり]		詳細: ()					
	腹部膨満: [なし ・ あり]		詳細: ()						
その他	症状 (その他): ()								
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	血清アルブミン: ()g/dL		血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL		AST: ()U/L		ALT: ()U/L		
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
	部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸]		所見: ()						
画像検査	単純X線検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		腸管拡張像: [なし ・ あり]		拡張部位: [十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		
	鏡面像: [なし ・ あり]		所見 (その他): ()						
	注腸造影: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		microcolon: [なし ・ あり]		巨大膀胱: [なし ・ あり]		
	所見 (その他): ()								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()								
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
血液検査	血清アルブミン: ()g/dL		血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL		AST: ()U/L		ALT: ()U/L		
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
	部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸]		所見: ()						

画像検査	単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)	腸管拡張像 : [なし ・ あり] 拡張部位 : [十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸] 鏡面像 : [なし ・ あり]	所見 (その他) : ()
	注腸造影 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)	microcolon : [なし ・ あり] 巨大膀胱 : [なし ・ あり]	所見 (その他) : ()

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
-----	-------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

栄養管理	中心静脈栄養 : [なし ・ あり]	使用静脈 : ()	使用カテーテル名 : ()
	投与栄養量 : () kcal/kg/日	残存静脈本数 : () 本/6本残存	
	経腸栄養 : [なし ・ あり]	使用経腸栄養剤名 : ()	

手術	手術 (初回) : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)	術式 : ()	所見 : ()
----	--	----------	----------

治療 治療 (その他) : ()

今後の治療方針 ()

今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日)	治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日)	通院頻度 : () 回/月
---------	--	--	----------------

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			